CPTS

Parcours complexes

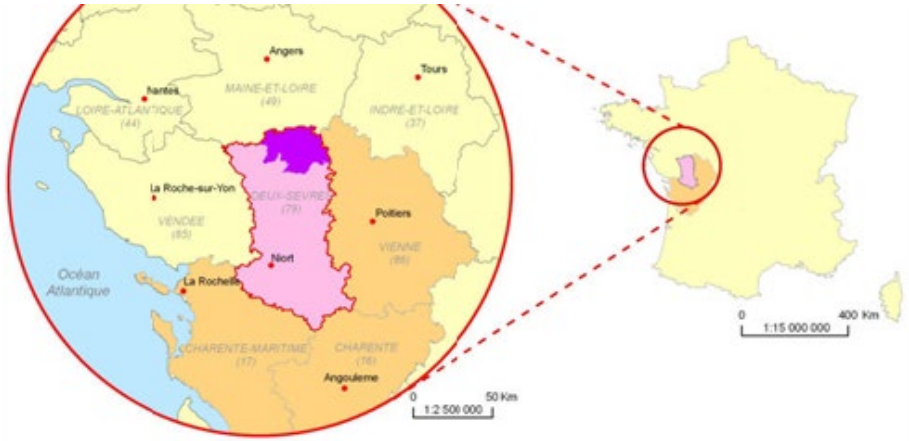
Notre Histoire

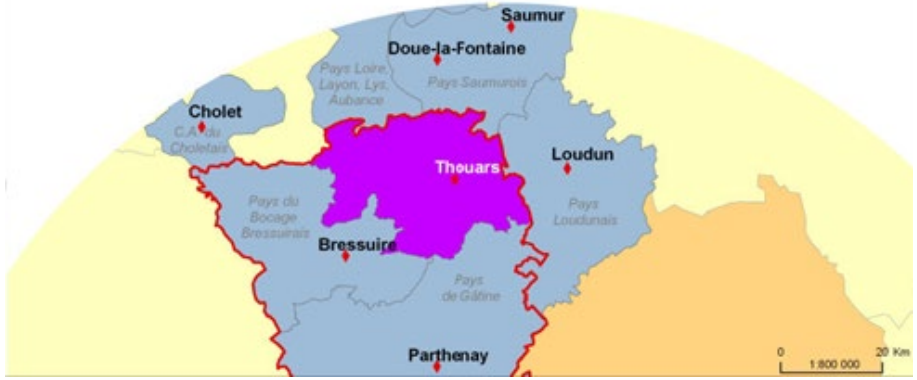
2010 :

- Une petite ville de 10000 au centre d'un territoire de 34000 habitants (dans les Deux Sèvres le plus au Nord de la NLA) avec un CH (accueil urgences, services de médecine, de cardiologie et de gastroentérologie et 2 services de chirurgie viscérale et orthopédie)

- Une problématique : la désertification médicale annoncée avec 2/3 des MG partis en 2023 (16/29) et plus de spécialistes libéraux en 2025 (pneumo, ORL, Ophtalmo, Dermato, Gynéco)

- Un handicap : Exercice isolé des médecins généralistes du territoire


Angers
Tours
Nantes
MAINE-ET-LOIRE
(49)
LOIRE-ATLANTIQUE
(44)
INDRE-ET-LOIRE
(37)
La Roche-sur-Yon
DEUX-SEVRES
(79)
Poitiers
VENDEE
(85)
VIENNE
(86)
Niort
Océan
Atlantique
La Rochelle
CHARENTE-MARITIME
(17)
CHARENTE
(16)
Angoulême
0
50 Km
1:2 500 000
0
400 Km
1:15 000 000


Saumur
Doue-la-Fontaine
Pays Loire,
Layon, Lys,
Aubance
Pays Saumurois
Cholet
C.A. du
Choletais
Thouars
Loudun
Pays du
Bocage
Bressuirais
Pays
Loudunais
Bressuire
Pays
de Gâtine
Parthenay
0
20 Km
1:800 000

Réponse des professionnels de santé à ce premier diagnostic (2011 – 2015)

- Une association : l'AMAT (**association pour le maintien de l'offre de soins et l'amélioration des conditions d'exercice des soignants de premiers recours**)

- Un diagnostic de territoire

- Un projet de santé avec 3 axes :

- Développer une offre de soins de proximité pour la population : **Pôle santé de 4 MSP (70 PS)**
- Créer de l'attractivité du territoire : **Maitrise de stage (installation de 8 internes en 4 ans)**
- Développer des parcours de santé : **Une Coordinatrice de pôle et une IDEC Cancérologie (2015 – 2018)**

Réponse des professionnels de santé (2016 – 2021)

- Création de 3 SISA (2017 – 2020)

- Finalisation de la CPTS du Thouarsais – Val de Thouet (Janvier 2021) : une des 6 de NLA avec ACI

Parcours complexes

Construction à partir de 2 expérimentations pour répondre à un enjeux :

Un territoire éloigné de l'offre hospitalière
60-80 km : des CHU Poitiers et Angers et CH de Niort
2018 : Transfert du CH de Thouars sur le CHNDS de Faye l'Abesse (regroupement des CH de Thouars, Bressuire et Parthenay avec éloignement de 30 km)

- Plan cancer 3 et INCA (2014 – 2019) : IDEC cancérologie en soins primaires (versus IDEC hospitalières)

- Mission Ville Hôpital (avec double copilotage et financement alloué aux soins primaires AMAT) autour de l'accès (urgences et SNP , hospitalisation programmée directe, qualité des courriers d'adressage) et de la sortie (anticipation et organisation de retour à domicile) animée par une chargée de mission

IDEC en soins primaire

A donné lieu à un travail de thèse qui est la base d'élaboration du modèle développé sur notre territoire (par un médecin en poste comme adjoint dans une des MSP du Pôle : Dr Marie Gest) et d'une co-construction avec l'infirmière recrutée Virginie Boer-Primault

Constat fait en amont de l'expérimentation :

- Faible implication de la médecine générale dans le parcours oncologique tant au niveau de l'annonce, du plan de soin- RCP, de la coordination du parcours-IDEC hospitalière et des traitements alors que 50% de ceux-ci se font en ambulatoire)
- Manque fréquent d'identification par le patient de son généraliste comme acteur et encore moins comme coordinateur de son parcours
- Implication plus marquée des IDEL mieux identifiés par les services d'oncologie et les patients
- Déficit de coordination au sein de l'équipe du soin primaire du patient

REMETTRE LE MEDECIN GENRALISTE ET LE SOIN PRIMAIRE AU CENTRE DU PARCOURS

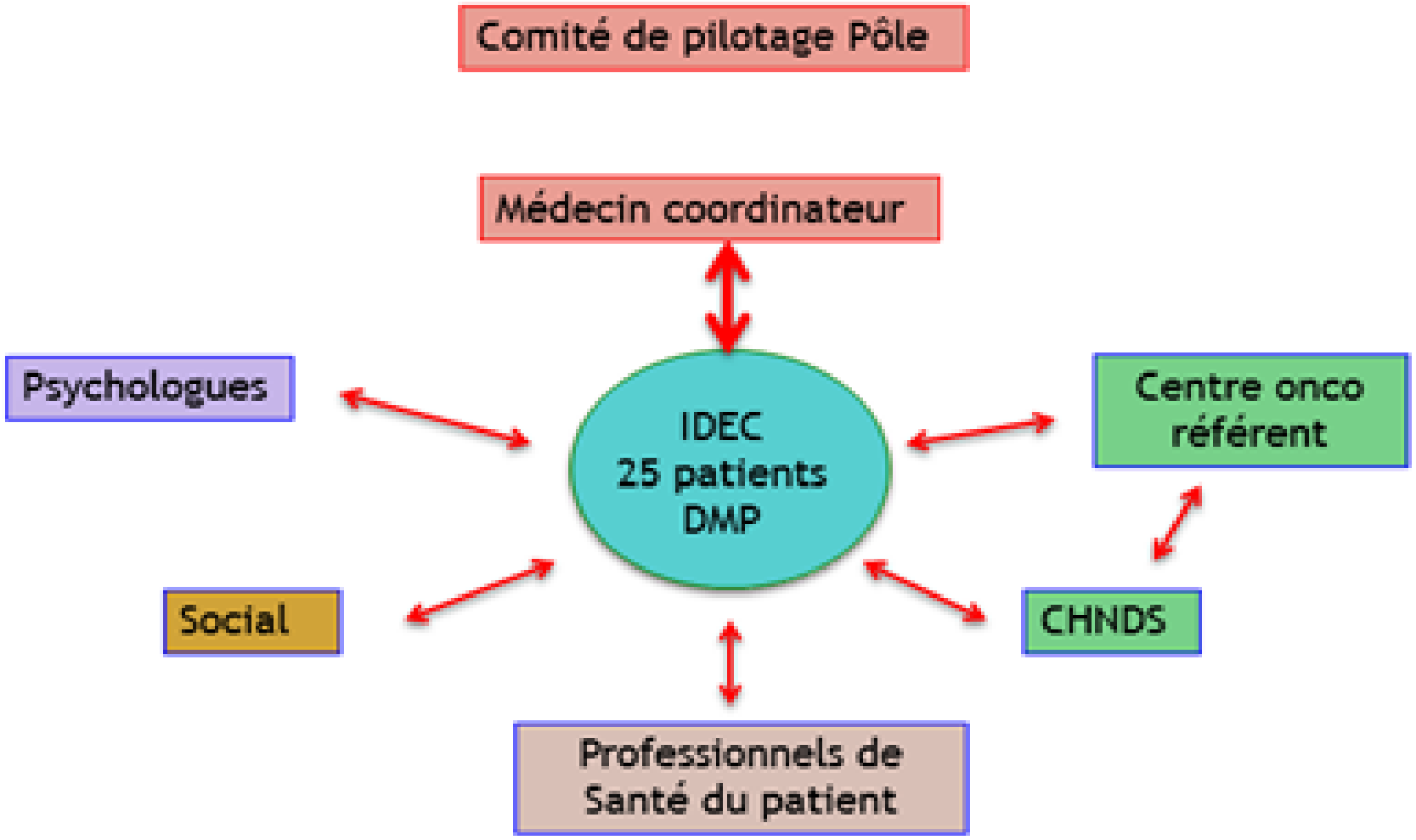
<u>La coordination est l'axe prioritaire</u>. Les IDEC contribuent à renforcer le lien entre l'ensemble des professionnels sanitaires et médico-sociaux.

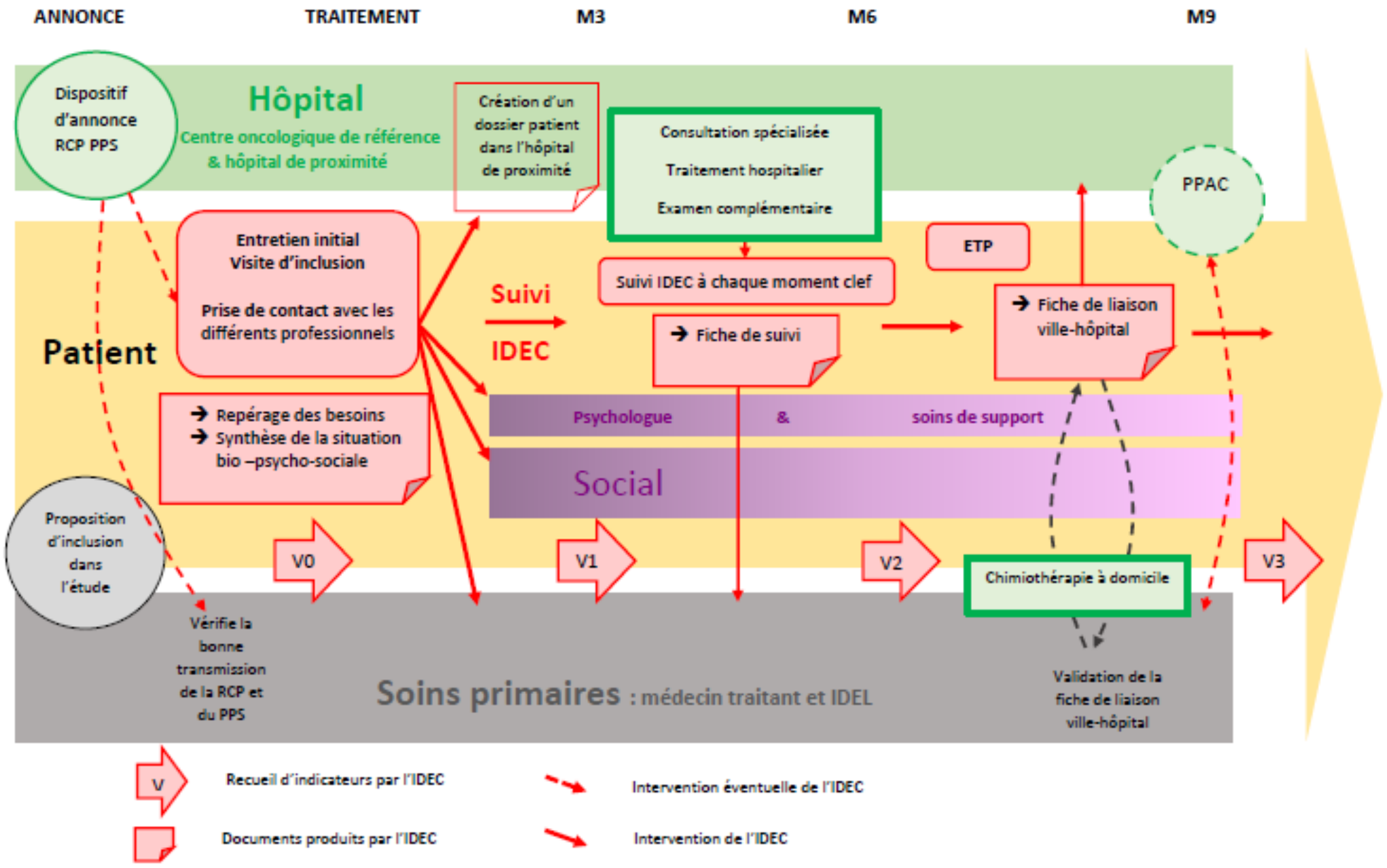
Leur intervention doit concerner tout particulièrement les moments repérés comme critiques dans ce parcours et doit consister à :

- **préparer de façon anticipée la sortie du patient** et prévoir le relais de la prise en charge à domicile par les équipes du 1er recours, notamment par la formalisation d'informations à leur intention, la rédaction de procédures pour la surveillance à domicile des patients, etc.
- veiller à la **transmission adéquate d'informations entre les professionnels hospitaliers et du domicile**, permettant de faciliter le suivi des patients.
- contribuer à l'organisation d'une ré-hospitalisation dans le service hospitalier référent sans passer par les urgences.
- veiller à la bonne articulation des différentes séquences de la prise en charge pour **fluidifier le parcours des patients** et favoriser une meilleure maîtrise des délais de prise en charge.

L'IDEC doit avoir un rôle d'information auprès des patients et de leur entourage.

L'objectif est **d'améliorer l'observance du traitement par une meilleure compréhension de la pathologie**, des traitements délivrés et de ses éventuels effets secondaires. L'IDEC assure un **rôle de soutien et une d'écoute**. Dans le même souci d'observance, l'IDEC organise des **actions d'éducation thérapeutique**.


Comité de pilotage Pôle
Médecin coordinateur
Psychologues
IDEC
25 patients
DMP
Centre onco
référent
Social
CHNDS
Professionnels de
Santé du patient


ANNONCE
TRAITEMENT
M3
M6
M9
Dispositif d'annonce RCP PPS
Hôpital
Centre oncologique de référence & hôpital de proximité
Création d'un dossier patient dans l'hôpital de proximité
Consultation spécialisée
Traitement hospitalier
Examen complémentaire
PPAC
ETP
Entretien initial
Visite d'inclusion
Prise de contact avec les différents professionnels
Suivi
IDEC
Suivi IDEC à chaque moment clef
Fiche de suivi
Fiche de liaison ville-hôpital
Patient
Repérage des besoins
Synthèse de la situation bio –psycho-sociale
Psychologue & soins de support
Social
Proposition d'inclusion dans l'étude
V0
V1
V2
V3
Chimiothérapie à domicile
Vérifie la bonne transmission de la RCP et du PPS
Soins primaires : médecin traitant et IDEL
Validation de la fiche de liaison ville-hôpital
V
Recueil d'indicateurs par l'IDEC
Intervention éventuelle de l'IDEC
Documents produits par l'IDEC
Intervention de l'IDEC

Ce que l’expérimentation IDEC nous a apporté

Structuration de l’exercice coordonné en soin primaire au sein d’une MSP et **à l’échelle de la CPTS** dans **les parcours « complexes » : RCP élargie en équipe (ESP, acteur médicaux sociaux type DAC-PTA, psychologue)**

Renforcer le lien ville hôpital (en proximité pour le CNDS et en éloignement service d’oncologie) : Devenir acteur identifié par la ressource hospitalière

Ramener au plus près du patient l’organisation du parcours patient : Acteurs de terrain plus à même de connaitre et de mobiliser les ressources de proximité et de les coordonner

Construire ainsi les bases d’une CPTS à partir d’action de terrain

Mission Ville Hôpital (avec double copilotage et financement alloué aux soins primaires AMAT)

Construite autour de 2 axes à partir de problématiques identifiés (à l'origine de « friction »)

- Accès (parcours Ville => Hôpital) : urgences et SNP , privilégier et formaliser l'hospitalisation programmée directe, travailler la qualité des courriers d'adressage

- La sortie : anticipation et organisation de retour à domicile

La chargée de mission recrutée Sandrine Geffriaud (Master Ingénieurie projets et licence intervention sociale, directrice CLIC puis pilote MAIA)
Elle a animé pendant 18 mois cette mission (2016-2017) puis a été recrutée par l'AMAT comme gestionnaire de pôle (avec mise en place des SISA) et en fin comme gestionnaire coordinatrice de la CPTS en 2021